

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AMPUTATION PARTIELLE DU PÉNIS

TECHNIQUE DE LA SUTURE MONO-BLOC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1919

PAR

Jean MOYA

Né à Marseille, le 17 février 1890

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1919

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

L'AMPUTATION PARTIELLE DU PÉNIS

TECHNIQUE DE LA SUTURE MONO-BLOC

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AMPUTATION PARTIELLE DU PÉNIS

TECHNIQUE DE LA SUTURE MONO-BLOC



Remplacé par le service de médecine
de la ville de Montpellier
le 15 mai 1971
BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER

MONTPELLIER

IMPRIMERIE HENRI L. MONTAUDO

2, rue de la République - 34000 Montpellier

1971



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0051

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AMPUTATION PARTIELLE DU PÉNIS

TECHNIQUE DE LA SUTURE MONO-BLOC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1919

PAR

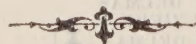
Jean MOYA

Né à Marseille, le 17 février 1880

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé,		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSUR.
IZARD.	SECRETAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDINAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GHIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (I).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N....
Clinique médicale.....	N....

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Charges de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *) a. t. (ch. de c.).
Médecine opératoire.....	SOUBEVRAN (*), a. t. (c. c.).
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS, (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON * (I) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	KUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* I).	J. DELMAS (I).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, président.	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PARRAIN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

J. MOYA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE MARSEILLE

J. MOYA.

Au moment de commencer ce travail, qui va marquer la fin de notre vie d'étudiant, nous pensons à nos camarades des hôpitaux, qui sont tombés glorieusement pour la Patrie.

Camarades d'études, camarades d'externat ou d'internat, nous avons vécu presque côte à côte. L'hôpital, cette merveilleuse école de l'art médical, nous avait réunis plus étroitement encore. Dans les services, au lit des malades, à la salle d'opérations, à la table d'internat, à chaque instant, nous avons partagé les mêmes enseignements, les mêmes joies, les mêmes ennuis. Il semblait que nous devions terminer ensemble nos études et nous retrouver dans la vie professionnelle, toujours unis par une sincère amitié.

Hélas! dans l'affreuse tourmente qui a secoué l'humanité, ils ont payé chèrement, la rançon de la gloire.

Leur mémoire sera pieusement conservée.

C'est avec un sentiment profond de satisfaction, qu'à l'heure qui marque cette étape de notre existence, nous rappelons leur souvenir, pour les faire un peu revivre parmi nous.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte, pour exprimer, ici, toute notre profonde gratitude à nos Maîtres des hôpitaux.

Nous remercions vivement le docteur Escat, professeur d'urologie, à l'Ecole de Médecine de Marseille, chirurgien

VIII

des hôpitaux, notre maître, de toute la bonté qu'il a eue pour nous.

Son excellent enseignement que nous avons pu apprécier, restera des plus vivaces et un des meilleurs souvenirs de nos études.

C'est à lui que nous devons ce sujet de thèse, nous l'en remercions et l'assurons de toute notre reconnaissance.

Notre gratitude s'adresse toute entière à M. le professeur Imbert, à Monsieur le docteur Pagliano, à Monsieur le docteur Cassoute, chez lesquels nous avons été interne ou externe et dont les enseignements nous sont si précieux.

Nous n'oublierons jamais que c'est dans le service du docteur Roux, de Brignoles, notre excellent maître, que nous avons débuté à l'Hôtel-Dieu, il y a dix ans. C'est lui qui nous a donné le goût de la chirurgie, et qui nous a guidé dans l'apprentissage de notre métier.

C'est à lui que nous devons la vie de notre chère Mère, qu'il a opérée au début de nos études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AMPUTATION PARTIELLE DU PÉNIS

TECHNIQUE DE LA SUTURE MONO-BLOC

AVANT-PROPOS

Nous allons présenter un modeste travail, qui est une contribution à l'étude partielle du pénis.

Nous insisterons tout particulièrement sur une modification de la technique opératoire, généralement employée.

Nous montrerons tout d'abord l'intérêt de l'exérèse conservatrice.

Ce mode d'amputation est aujourd'hui classique, et, il semble qu'il n'y ait rien à ajouter à la méthode habituelle. Cependant nous pensons que des modifications peuvent y être apportées, pour éviter des inconvénients qui, quoique rares, n'en existent pas moins. On peut même obtenir des améliorations au point de vue morphologique et fonction-

nel. Nous décrivons enfin la technique employée par notre maître, le docteur Escat. Cette technique simple, sûre, a donné d'excellents résultats.

Nous avons pu les apprécier pendant notre passage au service d'urologie de la XV^e région et dans le service civil de l'Hôtel-Dieu. Nous l'avons employée, une fois nous même et nous nous sommes rendu compte de sa simplicité.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

La valeur de l'amputation partielle du pénis repose sur plusieurs faits::

1° Sur la possibilité d'intervenir rapidement;

2° Sur les renseignements fournis par l'anatomie et la physiologie pathologiques;

3° Sur l'évolution clinique de cette forme de cancer, qui demeure, pendant un certain temps, une maladie locale, à marche relativement lente;

4° Sur les résultats relevés dans la pratique de la plupart des chirurgiens, et sur la valeur des résultats fonctionnels de l'ablation partielle.

Nous allons développer chacun de ces faits.

L'intervention pour le cancer du pénis, peut être précoce, et cela dans presque tous les cas. Evidemment, il y a des malades dont l'incurie est telle, qu'ils viennent consulter le médecin ou le chirurgien un an et plus après le début de la maladie. Quelquefois même les organes génitaux sont entièrement envahis par le cancer, ne formant plus qu'une masse fongueuse.

Pourtant, de plus en plus, le public s'éduque. Il sait toute la gravité que comportent les affections cancéreuses, et

en même temps toutes les ressources que possède l'art chirurgical, pour les affections qui débudent. Or, le cancer du pénis, débute toujours par l'extrémité. C'est là un point d'une importance capitale. Le mal est visible et gênant. Le malade s'en inquiète, il a hâte d'être fixé sur la nature de la lésion. Celle-ci est, ou très douloureuse, ou si repoussante, par son odeur et sa suppuration, ou si inquiétante par les hémorragies répétées des bourgeons cancéreux, qu'elle l'oblige de bonne heure, à aller consulter un médecin.

A ce moment, l'importance d'un diagnostic est primordial. C'est lui qui va permettre de sauver une partie de l'organe, et peut-être la vie du malheureux patient. Quelquefois, il est facile, et pour un clinicien avisé, le mal est immédiatement reconnu. Mais il est des cas, comme le faisait remarquer récemment M. L.-M. Bétancès, où l'on se trouve en présence d'un bouton ou d'une plaque rouge du gland d'aspect papillomateux, ou d'une plaque de leucoplasie ulcérée, dans lesquels : « l'examen biopsique s'impose d'abord, sans perdre de temps ».

En effet, dans le moindre doute, il ne faut pas s'attarder à des traitements d'épreuves.

Enlevez un morceau de bourgeon à l'aide d'un bistouri ou d'une paire de ciseaux, c'est facile et sans danger, et le résultat de l'examen microscopique vous permettra de prendre une décision utile.

Il faut que le médecin profite de l'apparence de la lésion pour la traiter au plus tôt.

Ici nous ne pouvons nous empêcher de comparer dans notre esprit, la facilité de diagnostic, et par conséquent de traitement du cancer du pénis, avec cette maladie cachée et trop secrète qu'est le cancer de l'utérus. Les malheu-

reuses qui en sont atteintes, viennent consulter souvent très tard, après le début, toujours trop tard.

Au pénis, le cancer permet une intervention précoce.

L'anatomie pathologique nous montre que le début du cancer du pénis se fait soit au niveau du prépuce, soit au niveau du gland, souvent dans le sillon balano-préputial.

Quand le prépuce est envahi le premier, le cancer a d'abord peu de tendance à envahir les corps caverneux, et à diffuser dans la profondeur de l'organe. En effet, les corps caverneux sont garantis par leur tunique fibreuse, albuginée. Dans ce cas c'est le fourreau qui sera le plus lésé. Lorsqu'il s'agit de ce que Ducos a dénommé dans sa thèse, en 1904 « Epithélioma sébacé », le pronostic serait moins grave que dans tous les autres cas, la maladie demeurant très longtemps purement locale, sans tendance à l'envahissement. Il en serait de même dans l'épithélioma bénin syphiloïde de la verge (épithélioma papillaire) décrit par Fournieret Darrier en 1893.

Chez les vieux, le cancer qui fait suite à une plaque de leucoplasie, ou qui débute comme une cancroïde, mais le plus souvent au niveau de la muqueuse, reste quelquefois longtemps sans s'étendre. Ce n'est pas, comme dit Roux, dans le dictionnaire de Dechambre, une maladie essentiellement bénigne, il possède toute la gravité des cancers, sa marche est seulement plus lente et l'on trouvera au niveau de l'organe, beaucoup plus facilement, l'étoffe nécessaire à son exérèse.

Quand le début se fait au niveau du gland, l'envahissement des corps caverneux est plus rapide. Le tissu érectile résiste moins à l'envahissement néoplasique. Celui-ci peut se faire soit par continuité, soit par production de

noyaux à distance, et les espaces érectiles peuvent en être bourrés. En tous cas, la maladie est encore relativement lente, et reste locale pendant assez longtemps, six mois et plus.

L'urètre est, en général, peu atteint par le processus cancéreux. Legueu et Michon écrivent qu'il « reste le plus souvent indemne, même dans les cas avancés, lorsque la verge est plus ou moins désorganisée ». En effet, on constate, le plus souvent, que, à même hauteur, l'urètre est moins lésé que les autres parties de l'organe. Des portions urétrales, correspondant à des lésions cancéreuses des corps caverneux, sont encore souples et indemnes. Ajoutons que Demarquay, notait déjà sur 134 lésions carcinomateuses du pénis 112 cancroïdes (épithélioma pavimenteux, carcinomes épithéliaux pavimenteux) et 22 cancers.

En somme, comme disait Legueu au deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie, en 1908: « Le cancer de la verge est incontestablement moins grave que les autres localisations de l'appareil urinaire.

La périurétrite est quelquefois très intense; elle est en grande partie produite par la stagnation de l'urine, due au rétrécissement plus ou moins marqué. Elle peut revêtir toutes les formes de la périurétrite. Les gros abcès ne sont pas rares, au niveau du foyer cancéreux, quelquefois se sont de petits abcès, gros comme un grain de millet, ou bien même un aspect très vascularisé et œdématisé des tissus péri-urétraux.

Nous signalons la périurétrite. Il faut en tenir compte lorsqu'il s'agit de délimiter ce qui appartient au néoplasme et ce qui appartient à l'infection. Il faut en tenir compte aussi au point de vue des accidents post-opératoires possibles.

L'envahissement ganglionnaire a lieu au niveau de l'aîne. Il débute de bonne heure et des deux côtés à la fois, en général.

Pourtant nous faisons remarquer combien souvent il est de nature infectieuse et non néoplasique. Kuttner, cité dans le traité de Le Dentu et Delbet, tome XXX, page 317, dit que sur 48 cas de cancer de la verge, les ganglions sont malades 40 fois, soit une proportion de 71 pour 100; mais dans 32 pour 100 seulement, il s'agirait d'envahissement cancéreux.

Ainsi donc, l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, l'évolution clinique du cancer du pénis, nous montre que sa gravité, quoique fatale, en cas d'évolution, reste pendant quelque temps moindre, étant donné sa localisation à une partie de l'organe.

D'ailleurs, les résultats obtenus à la suite d'amputations partielles sont généralement bons.

On a pu se contenter quelquefois d'ablation simple de la tumeur. Auvray et Pascal, dès 1898, on fait une opération très conservatrice pour épithélioma du fourreau de la verge. Morestin a décortiqué le gland pour épithélioma papillaire. Nous décrivons dans une observation, une intervention analogue pratiquée par Escat, avec un résultat excellent. L'amputation de la verge, comme le disent Legueu et Michon est l'opération qui s'applique à la majorité des cas. Sans doute, des récidives sont notées, mais en général, les résultats obtenus à la suite d'amputations partielles sont bons et des guérisons constatées après plusieurs années sont notées par les auteurs.

Nous ne faisons pas mention d'anciennes statistiques, qui remontent à une période où les méthodes chirurgicales modernes et où l'asepsie, n'étaient pas encore entrées dans

la pratique courante. On ne saurait tabler sur de pareilles statistiques pour se donner une idée juste des résultats que l'on obtient actuellement.

Un tel cancer doit donc être justiciable d'une amputation partielle suivie, ou mieux, précédée d'un évidement ganglionnaire soigneux, dans la région des aines; la seule condition c'est sa localisation stricte au pénis.

Leguen dit : « L'amputation de la verge est suffisante pour tous les cancers qui n'ont pas dépassé la limite du pénis, et je ne vois pas l'avantage, comme le voulaient Pantalonni et Chalot, de lui substituer l'émasculation totale, lorsqu'il n'y a pas de noyau dans l'urètre, au niveau du scrotum. L'ablation ganglionnaire est le seul complément nécessaire à l'opération ».

L'amputation partielle est intéressante à un autre point de vue, elle donne des résultats fonctionnels excellents. Lorsqu'on peut suffisamment conserver l'organe, le moignon de verge reprend quelque fois toutes ses fonctions urinaires et génitales. La fécondation a été constatée. En tout cas, les opérés peuvent quelquefois uriner debout, comme normalement, même lorsque la section est faite presque au ras du pubis. La preuve nous en a été fournie par l'observation d'un cas récent, opéré par le docteur Escat, avec notre assistance.

Enfin, il n'est pas douteux qu'au point de vue moral, les malades supportent bien mieux une amputation partielle, qu'une émasculation totale. Nous connaissons des cas où les malheureux patients auraient eu recours au suicide, plutôt que de subir une opération mutilatrice complète.

ETAT ACTUEL DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique opératoire de l'amputation partielle du pénis paraît surtout avoir été réglée récemment dans l'ouvrage de Chalot en 1900, comme l'a fait remarquer Culty dans sa thèse en 1908.

Depuis cette époque diverses variantes ont été employées par les différents chirurgiens, mais elles comportent toujours des temps généraux qui sont : 1° section de la peau circulairement, ou plus souvent en oblique ; 2° section des corps caverneux avec conservation de 1 centimètre d'urètre environ, au-dessus du plan de section ; 3° hémostase des corps caverneux par une suture au catgut ; 4° fente longitudinale de l'urètre à sa partie inférieure, étalement de l'urètre, suture de la peau au corps spongieux et à la muqueuse urétrale.

Dans les différents ouvrages classiques parus récemment, le *Manuel de l'amputation du pénis*, est décrit brièvement. Il nous paraît préférable de le reproduire in-extenso plutôt que de le résumer.

G. Marion, dans son *Manuel de technique chirurgicale*, édité chez Maloine et fils, en 1917, dit :

1° *Incision de la peau.* — Incision ovalaire circonscrivant le pénis, bien à distance du néoplasme ; en bas, le bis-

tourti incisera à 1 centimètre au moins en arrière du plan vertical passant par la partie supérieure de l'incision. Celle-ci ne sera donc pas absolument circulaire, mais elliptique, en raison de la rétractabilité des tissus. Section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des artères et de la veine dorsale de la verge qui seront immédiatement pincées.

2° *Section des corps caverneux.* — Au ras de la peau rétractée on coupera transversalement les corps caverneux, en ayant soin de ne pas intéresser le corps spongieux de l'urètre, situé à la partie inférieure.

3° *Section du corps spongieux.* — Le corps spongieux libéré des corps caverneux sera coupé à un demi-centimètre environ en avant de la section des corps caverneux.

4° *Hémostase.* — Ligature des artères et de la veine dorsale de la verge et des deux artères caverneuses, après qu'on les aura pincées.

Pour arrêter l'hémorragie qui provient des tissus caverneux eux-mêmes, on suturera les deux corps caverneux l'un à l'autre, au moyen de fils prenant en masse leur extrémité. Si une artère du corps spongieux donnait un jet de sang, on la pincerait et on la lierait.

5° *Fermeture de la plaie.* — Au point de vue réunion, la plaie comprend deux étages :

Dans l'étage supérieur correspondant aux corps caverneux, on réunira la peau devant les corps caverneux en ayant soin que quelques-uns des fils traversent ceux-ci afin de ne pas laisser d'espace mort.

Dans la plaie inférieure on suturera la peau au corps spongieux et à la muqueuse urétrale; mais afin de prévenir le rétrécissement qui pourrait résulter d'une cicatrice circulaire avant de faire la suture, on fendra l'urètre suivant sa paroi inférieure, sur une longueur de quelques millimètres, de façon à avoir un orifice elliptique plus large que l'orifice circulaire.

En somme, la plaie réunie aura la forme d'une raquette à manche supérieur.

Doyen, dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire*, édité chez Maloine, en 1913, p. 26, décrit ainsi l'opération:

Le cancer épithélial du gland est assez fréquent; il se traite par l'amputation ou de préférence par l'électro-coagulation.

Voici la technique de l'amputation de la verge:

OPÉRATION

Premier temps. — Section circulaire de la peau au-dessus de la tumeur.

Deuxième temps. — Section transversale de la verge avec le bistouri ou bien avec les ciseaux et hémostase des artériolés qui saignent.

Troisième temps. — Suture transversale de la gaine fibreuse des corps caverneux et réunion du nouveau méat urétral à une petite perforation de la peau.

Quatrième temps. — Suture transversale de la peau.

Monod et Vauverts, dans leur *Technique chirurgicale* donnent un procédé qui est approximativement celui que décrit Pierre Duval, dans la *Technique des Prosecteurs de Paris* et que l'on peut résumer ainsi :

1° Rétraction de la peau du fourreau par l'aide, coupe circulaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ou mieux, incision en raquette à pointe tournée en arrière sur la face inférieure du pénis. Hémostase des dorsales ;

2° Section des corps caverneux et de l'urètre à un ou deux centimètres au-dessus du plan de section ;

3° Hémostase, ligature des caverneuses ou plus simplement, réunion transversale des lèvres de l'albuginée par une suture profonde ;

4° Division de la face inférieure de l'urètre, longitudinalement, les lèvres de cette ouverture sont correctement unies à celles de la peau.

À la suite de cette technique Monod et Vauverts ajoutent le procédé de Witzel « destiné à éviter l'hypospadias qui succède à l'amputation du pénis et qui entraîne les difficultés de la miction ».

Ce procédé demande un lambeau de peau dorsale, d'une longueur un peu supérieure au diamètre de l'organe. De même il demande une portion d'urètre égale à celle du lambeau.

L'urètre décrit une courbe au devant de la ligne de suture des corps caverneux, et va s'ouvrir à travers la peau, à la base du lambeau dorsal.

Tous ces procédés comportent toujours un temps, sur lequel nous attirons l'attention : c'est la suture profonde des corps caverneux à l'aide d'un fil de catgut perdu.

Nous allons montrer que cette façon de procéder est

susceptible, dans certains cas, de donner lieu à des accidents.

En général, sous la garantie d'une bonne asepsie, les opérations pour amputation partielle du pénis ne donnent lieu à aucune suite opératoire fâcheuse. Mais, quelquefois, on a constaté une suppuration des points cutanéomuqueux, ou bien des hémorragies secondaires, quelquefois même des infections graves, s'accompagnant d'un retentissement intense sur l'état général. Le plus souvent ce sont des retards de cicatrisation avec réunion secondaire du moignon.

Les hémorragies secondaires ont été signalées par des chirurgiens de la valeur de Morestin, qui, dans la *Semaine Médicale*, en 1901, p. 432, décrit un procédé de suture des corps caverneux après amputation du pénis, commençant ainsi : « Ce qui rend particulièrement difficile l'hémostase, après amputation de la verge, c'est l'écoulement sanguin en nappe par toute la surface de section des corps caverneux. Le procédé habituel de suture, qui consiste à affronter de chaque côté les deux corps caverneux, ne met pas toujours à l'abri d'un hémorragie secondaire et d'un hématome consécutif, lequel est à craindre surtout lorsque la verge étant coupée tout près du pubis, les téguments tombent au-devant de la tranche de section des corps caverneux sans y appliquer exactement ».

Notre maître Escat, a constaté plusieurs fois, lorsqu'il était interne et plus tard dans d'autres services, des hémorragies secondaires, quelquefois graves, pour lesquelles il a dû intervenir.

Pour ce qui est des infections, nous en citerons un cas typique, survenu au docteur Escat, pour une amputation d'urgence de la verge et c'est à la suite même de cet incident qu'il eut l'idée de modifier la technique opératoire.

Ces cas malheureux d'hémorragies et d'infection, qui peuvent pourtant parfois mettre la vie des malades en danger, sont peu cités par les auteurs, qui ne font pas toujours étalage de détails sur une opération qui est devenue de la petite chirurgie et qui, de ce fait, attire moins l'attention qu'une opération de grande envergure.

Nous pensons que l'espace situé entre la suture profonde des corps caverneux et la suture superficielle de la peau du fourreau à la muqueuse urétrale, est défavorable à la résorption du catgut. Ces deux plans sont un peu mobiles l'un sur l'autre, et il y a à ce niveau un espace virtuel. D'un côté nous trouvons la tunique albuginée, elle est peu propre à résorber les fils; d'autre part, les corps caverneux des vieux sont souvent scléreux, et ce fait n'est pas non plus favorable à la résorption. Au-dessus du plan de suture profond, il y a l'urètre et la peau.

L'urètre est souvent infecté, nous l'avons vu, par la périurétrite. Souvent aussi l'infection se fait par la sonde à demeure qui produit fatalement la suppuration de l'urètre. Rappelons que Verneuil dans un cas, a cru pouvoir attribuer au séjour d'une sonde dans le canal, la pyoémie qui enleva son malade.

Au point de vue morphologique et fonctionnel, les petits incidents qui peuvent survenir, au niveau des sutures, donnent souvent lieu à de petites brides cicatricielles, qui sont disgracieuses et gênent la miction. Si l'ouverture du nouveau méat formée par l'étalement de la muqueuse urétrale est bien régulière, sans tiraillement, le malade urinerait facilement, avec un jet bien droit, ne bavant pas et commode à diriger même avec un court moignon.

Le procédé de Witzel, que nous avons résumé plus haut, destiné à éviter l'hypospadias, n'est pas applicable au cas

où le fourreau surtout est envahi par le cancer. De plus, ce procédé n'est pas économique pour la longueur du moignon. On recoupe une portion du corps caverneux, égale aux deux diamètres du pénis.

Dans une pareille intervention, où les millimètres comptent, nous pensons que cet inconvénient n'est pas compensé par le léger avantage qu'il peut donner en luttant contre l'hypospadias.

La technique que nous allons décrire supprime la suture profonde des corps caverneux au catgut. Elle met complètement à l'abri de toute hémorragie secondaire. Jamais les sutures n'ont été le siège d'une suppuration donnant lieu à une réunion secondaire. Les malades sont laissés sans sonde à demeure. Malgaigne déjà l'avait préconisé. En somme l'amputation partielle du pénis est réduite tant au point de vue de l'acte opératoire que des suites opératoires, à la béginité presque d'une simple circoncision.

Nous signalerons ensuite dans une observation l'application de la suture en bloc, de la suture mono-bloc, comme nous l'appellerons, à des opérations conservatrices, dont on ne peut décrire à l'avance les détails opératoires et qui trouvent leur application suivant les cas pathologiques.

Mais ce qui caractérisera la technique générale, c'est la suppression de toute suture profonde perdue et la réalisation de l'hémostase par une seule suture aux crins, prenant en même temps la peau, les corps érectiles et la muqueuse.

TECHNIQUE OPERATOIRE ANESTHESIE

L'anesthésie locale, suivant la méthode de Reclus, sera dans quelques cas suffisante. On infiltrera les tissus à l'aide d'une solution de cocaïne ou mieux de novocaïne-adrénaline à 1 pour 200. Pourtant, l'anesthésie, faite à distance, l'anesthésie régionale nous paraît meilleure. Nous emploierions volontiers la technique suivante décrite par Pauchet: « Faire un bouton à droite et à gauche de la racine de la verge, où le cordon croise la branche horizontale du pubis, enfoncer l'aiguille par ce bouton jusqu'aux corps caverneux et injecter abondamment de la solution faible autour de la racine des corps caverneux, sous le ligament suspenseur, autour de la verge. Il faut 40 grammes de N. S. à demi p. 100. Cette injection anesthésie: urètre, corps caverneux, verge, gland, etc... » Nous n'avons jamais vu employer l'anesthésie régionale trans-sacrée. Elle nous paraît difficile à réaliser. Nous avons tenté son emploi, une fois, sans succès d'ailleurs. Devant la béginité et la facilité, dans la plupart des cas, d'une anesthésie rachidienne, c'est à elle que nous donnerons la préférence. Elle n'est peut-être pas admise sans conteste par tous les chirurgiens, mais chaque jour, devant les bons résultats ob-

tendus, grâce aux travaux récents de Riche, Forgue, Tuffier, etc., cette méthode gagne du terrain et tend à se généraliser de plus en plus. D'autre part, nous avons vu pratiquer des centaines d'anesthésies rachidiennes et nous en avons pratiqué nous-même près de 100. Jamais nous n'avons constaté aucun accident grave. D'ailleurs, il est à remarquer que pour une amputation de la verge, accompagnée d'un curage ganglionnaire, une dose moyenne suffit : 6 à 8 centigrammes de syncaïne par exemple. Nous retirons 15 à 20 centimètres cube de liquide céphalo-rachidien, et nous injectons très lentement, une solution de syncaïne titrée à 4 p. 100.

La région du pubis, des aines et des bourses est soigneusement rasée. La teinture d'iode est pulvérisée à l'aide d'un pulvérisateur, de façon à aseptiser largement le pénis, les bourses, les régions pubiennes et inguinales.

Une gaze en plusieurs doubles enveloppe la partie de la verge, atteinte de cancer, de façon à éviter les souillures au cours des manipulations opératoires. Cette gaze est fixée à l'aide d'une pince. On commence à procéder à l'ablation des ganglions suspects.

Nous attirons l'attention sur ce fait, que les ganglions sont souvent d'origine inflammatoire. Quelques-uns sont parfois même suppurés. Il peut y avoir de la périadénite inflammatoire. Nous avons relevé dans plusieurs observations des suppurations post-opératoires de la plaie, résultant de l'ablation ganglionnaire.

Culty, dans sa thèse, signale même un cas de mort par gangrène et septicémie.

On sera donc très soigneux pour ce premier temps opératoire. On enlèvera autant que possible en un seul bloc les ganglions et les tissus péri-ganglionnaires.

On pourra toucher le fond de la plaie soit à l'éther, soit à l'eau formolée à 1 p. 100. En tout cas, il faut éviter les espaces morts, en prenant par deux ou trois points profonds, la peau et les tissus sous-jacents. Il sera prudent de drainer et nous conseillons le drainage à l'aide d'un paquet de crins.

L'hémostase préventive du pénis peut être obtenue en le ligaturant à sa base par un tube de caoutchouc ou une gaze. Nous conseillons de fixer le tube ou la gaze par une pince à forceps placée au ras de la verge, qui permettra plus rapidement les manœuvres nécessaires au cours de l'opération.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° On a affaire à une tumeur bourgeonnante, sanieuse, suppurante : il faut s'en débarrasser d'abord. Avec un fort ciseau, ou le bistouri, nous faisons une section en masse en territoire supposé sain. Cette façon de procéder nous paraît plus propre que de conserver au cours des premiers temps l'extrémité de la verge susceptible d'infecter le champ opératoire. Soigneusement, à l'aide du bistouri et de la pince à disséquer, l'opérateur libère complètement l'urètre sur une longueur de 1 centimètre environ. Les corps caverneux sont alors recoupés au niveau de la limite de libération de l'urètre, pendant que l'aide rétracte un peu le fourreau. On se rend compte si cette recoupe est bien faite en tissu sain.

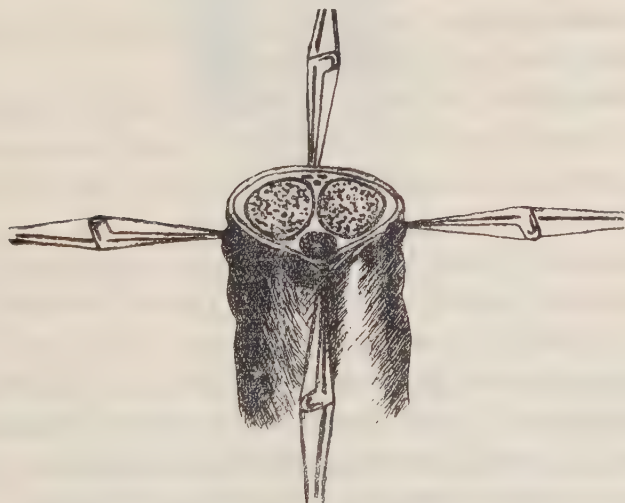
2° On se trouve en présence d'une tumeur non suppurante dont il n'est pas absolument nécessaire de se débarrasser d'abord. Avec une pince de Museux, prenant sur l'extrémité de la verge, entourée de gaze, on fait une prise solide et on la confie à l'aide. La peau est coupée circulairement, il est inutile de faire des coupes ovalaires du fourreau, celui-ci se prêtant facilement aux diverses exigences

de la suture finale. On peut alors, soit sectionner d'abord les corps caverneux, et libérer ensuite une portion d'urètre de 1 centimètre environ, soit commencer tout de suite par la libération de l'urètre, suivie de la section des corps caverneux au niveau de la limite supérieure de la libération.

On repère soigneusement avec deux pinces :

- 1° La portion de la peau qui correspond à l'urètre ;
- 2° Celle qui correspond de chaque côté aux corps caverneux, bien symétriquement ;
- 3° Celle qui correspond à la partie médiane de la région dorsale.

Quatre pinces sont ainsi placées et se trouvent aux extrémités des deux diamètres verticaux et horizontaux de la section de la verge.



Ce repérage est important et facilite ensuite la suture en évitant des fronces disgracieuses et gênantes. En effet,

la peau de la verge est mobile et le fourreau peut tourner légèrement sans que l'opérateur s'en rende compte.

Ce repérage, une fois établi, l'urètre est fendu sur la ligne médiane à la partie inférieure, et sur une longueur de 1 centimètre environ. Une petite pince est placée au niveau de chaque angle de la section. On tâche de voir alors la section de l'artère et de la veine dorsale de la verge, que l'on pincera et ligaturera, à l'aide d'un catgut 0 ou 00. On peut aussi supprimer momentanément le lien hémostatique, en enlevant la pince qui le tient et faire l'hémostase des artères qui donneraient en jet, les corps caverneux exceptés. Le lien hémostatique serait alors de nouveau serré.

A l'aide des ciseaux courbes, en les utilisant dans le sens de la concavité des lames, on abat très légèrement les angles de l'urètre repérés par les pinces.

Il reste à suturer. La suture doit être soignée et faite avec méthode pour que le résultat soit bon.

On emploiera des crins de Florence et une aiguille solide, l'aiguille fine de Doyen. La traversée des corps caverneux offre parfois une certaine résistance, surtout lorsque la sclérose a commencé à les envahir.

On pique d'abord l'urètre à la partie supérieure un peu à gauche de la ligne médiane assez près de son bord libre. Avec la pince à disséquer on fait une bonne prise, sur la tunique albuginée et l'aiguille traverse, les deux lèvres de cette tunique du corps caverneux gauche au voisinage du septum. L'aiguille traverse ensuite la peau un peu à gauche de la pince repère placée à la région dorsale.

Un crin est passé et les deux extrémités en sont repérées à l'aide d'une pince.

Un deuxième crin, analogue au premier, placé un peu à droite de la ligne médiane, prendra successivement encore : l'urètre, le corps caverneux droit au voisinage du septum,

et la peau un peu à droite de la pince repère dorsale. Ce crin de Florence sera de nouveau repéré à l'aide d'une pince avant d'être lié.

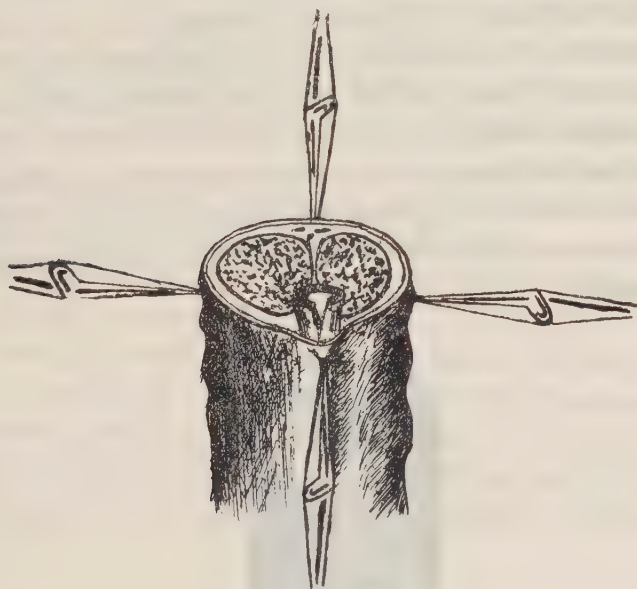


fig. 2

On place alors un troisième fil médian, à la partie inférieure, qui prendra l'urètre un peu au-dessous de l'angle formé par sa section longitudinale, et la peau située en regard de la pince repère médiane inférieure.

A égale distance, entre le point supérieur et le point inférieur, au voisinage du bord libre de l'urètre, un point est passé qui prendra successivement : à gauche, l'urètre, traversera superficiellement en bien prenant les deux tuniques : le corps caverneux gauche et la peau en regard de la pince repère latérale gauche.

Un point symétrique sera placé à droite, traversera l'urètre, le corps caverneux droit et la peau en regard de la pince repère latérale droite.

Tous ces fils sont liés, en prenant soin d'affronter la muqueuse urétrale et la peau de la verge.

Nous faisons remarquer que l'affrontement de la muqueuse et de la peau, se fait avec une extrême facilité.

Les nœuds seront faits sur la peau du fourreau; cette disposition facilitera le chirurgien au moment de l'ablation des fils et évitera au malade des petites douleurs inutiles.

A ce moment, on peut voir déjà l'urètre étalé largement en éventail.



Fig 3

D'autres points sont passés entre les précédents et bien symétriquement, de façon à ce que les plis et les fronces que dessine la peau soient également répartis à droite et à gauche.

Les fils doivent être serrés de façon à réaliser une striction suffisante au niveau des corps caverneux. Nous avons remarqué que deux ou trois points, prenant chacun les

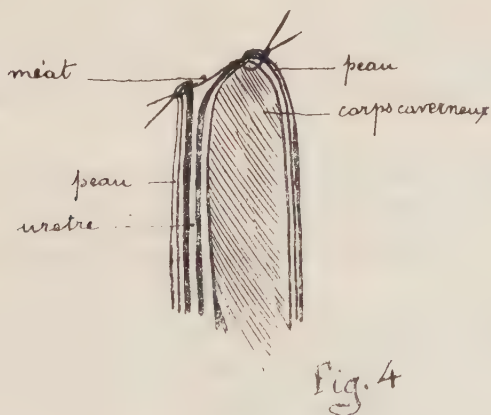
corps caverneux, sont largement suffisants pour assurer l'hémostase d'une façon absolue.

L'urètre ne coupe pas au moment du serrage des fils et si quelques points venaient à couper à la longue, au bout de six à sept jours, c'est qu'à ce moment-là, la cicatrisation serait faite et cet incident n'aurait plus aucune importance.

Le lien hémostatique, placé au début de l'opération, à la racine de la verge peut être enlevé, et l'hémostase est par faite.

Si un point venait à saigner, ce serait plutôt le corps spongieux, tout à fait à la partie inférieure.

Dans ce cas, on placerait un point supplémentaire qui prendrait en masse : urètre, corps spongieux et peau et ferait immédiatement l'hémostase. Les figures que nous donnons en regard de cette technique feront bien comprendre comment l'opération doit être pratiquée et le résultat que l'on doit obtenir. Elle est moins longue à réaliser, lorsqu'on l'a vue faire une fois qu'à la décrire. On la fera simplement



encore faudra-t-il, comme nous y avons insisté, repérer à l'avance la peau du fourreau, pour que les points de suture soient bien également répartis.

Le malade sera laissé sans sonde à demeure. On se contentera de vérifier sur la table d'opération, à l'aide d'une pince ou d'une bougie stérile la liberté du conduit urétral. Une gaze sera placée, au devant du moignon. Chaque fois que le malade urinera, l'infirmière lavera délicatement le nouveau méat et son pourtour avec du sérum tiède et stérile.

La guérison se produira en dix ou douze jours. Les fils sont enlevés le dixième jour.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

Phimosis congénital. — Epithélioma balano-préputial. — Hémorragie grave. — Amputation de la verge. — Suture à deux plans et sonde à demeure. — Accidents infectieux dus à l'infection secondaire des catguts. — Guérison.

C..., âgé de 75 ans, se présente à ma consultation, en mars 1905, pour hémorragie grave par l'orifice préputial, survenue brusquement, sans autre symptôme appréciable pour le malade.

Il existe un phimosis irréductible, d'origine congénitale. Il n'y a pas d'antécédents vénériens. Le gland n'est pas augmenté de volume, mais il a une consistance dure, l'hémorragie est survenue brusquement.

Le sang coule à grosses gouttes et par jets rythmés. Je porte le diagnostic d'épithélioma du gland et je conseille l'amputation immédiate. Une gaze formant lien circulaire, permet d'emmener le malade à la clinique. Anesthésie locale à la stovaine par trois piqûres à quelques centimètres en arrière de la lésion.

Amputation ; procédé habituel : raquette cutanée, ligature de trois faisceaux vasculaires superficiels, section et isolement de l'urètre, section des corps caverneux.

Les corps caverneux sont suturés par des points au catgut, qui affrontent les bords de l'albuginée et assure l'hémostase. Au-dessus de cette suture profonde, on réunit la peau et le bout d'urètre fendu sur la partie inférieure. Sonde à demeure. Suites normales durant les cinq premiers jours.

Au bout de cinq jours, on enlève la sonde à demeure, le malade urine. Quelques heures après, grand frisson ; température : 41°. Le moignon ne présente rien de bien anormal.

Un second frisson se produit après les mictions suivantes. On constate un écoulement de sérosité suspect sous la muqueuse de l'urètre.

On désunit en partie ; écoulement de la sérosité septique. Les jours suivants, les frissons et les accès septicémiques se reproduisent dès qu'on touche les catguts non résorbés.

On se décide à les enlever, la fièvre tombe immédiatement et la réunion secondaire, un peu lente, s'effectue.

Le résultat final est bon, mais ce malade a donné de graves inquiétudes pendant huit jours. Il n'est pas douteux que l'infection secondaire des catguts, par la sonde à demeure et les conditions défavorables de l'affrontement dans la suture en deux plans, ont été la cause de ces incidents. Je décide de les supprimer dans l'avenir. L'examen de la pièce montre un épithélioma du gland qui a excavé cet organe et ulcéré les vaisseaux centraux.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr Fiolle)

Néoplasme du gland. — Amputation au tiers supérieur. — Procédé classique. — Suture en deux plans. — Légère suppuration. — Elimination des catguts. — Réunion secondaire. — Bon résultat.

Le nommé A. D..., 173^e régiment d'infanterie, 36 ans, cultivateur, entre, le 7 mars 1919, dans le service d'urologie de la XV^e région, pour tumeur ulcérée du gland.

Début le 17 septembre 1918, petite ulcération du gland au niveau de la portion latérale droite. Hospitalisé à Bastia. Traitement: trois injections mercurielles sans résultat. Evacué sur l'hôpital Saint-Charles à Marseille. On recommence le traitement spécifique (salvarsan, mercure).

En dépit de tout ce qu'on a fait au malade, l'ulcération augmente rapidement, elle gagne le sillon balano-préputial et envahit la portion latérale droite du fourreau. Il est évacué à ce moment-là sur le Centre d'urologie.

Examen. — On constate une tumeur ulcérée, envahissant le gland, le sillon balano-préputial et une partie du fourreau, sur une longueur de 2 centimètres. Tumeur saignante, sécrétant un liquide liquoreux et fétide, légèrement douloureuse à la palpation et douleurs spontanées violentes. Adénopathie de l'aîne gauche.

L'examen biopsique, fait par le laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu, montre qu'il s'agit d'un épithélioma typique avec globes épidermiques nombreux.

Opéré le 15 mars 1919: amputation du pénis au tiers supérieur, assez loin de la région infiltrée. Procédé classique. Suture de l'albuginée par des points au catgut perdus.

Suture de la muqueuse urétrale à la peau du fourreau, par points séparés à la soie.

Pas de sonde à demeure. Evidement ganglionnaire gauche.

Le cinquième jour, élimination des catguts de l'albuginée, petite suppuration, les points cutanéomuqueux lachent sauf les deux points inférieurs.

Réunion secondaire. Guérison en vingt-cinq jours. Bon résultat fonctionnel.

La plaie ganglionnaire gauche a été le siège d'une petite suppuration qui a donné lieu à une réunion secondaire.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

E. C..., lieutenant, évacué le 29 septembre 1915 du front, pour deux blessures, région dorale. On constate également une récurrence d'épithélioma du gland. Une opération avait été faite en 1911 par le docteur Jourdan à Marseille.

Le billet d'hôpital est signé par le professeur Audry. Le malade est envoyé en convalescence de trois mois, le 29 septembre 1915. Déclaré inapte aux armées, le malade est affecté à la XV^e région. Il est enfin évacué sur le Centre d'urologie, le 3 février 1918. Pendant les deux ans qui ont précédé son entrée au Centre d'urologie, la récurrence épithéliomatuse du gland a gardé une allure torpide qui a permis au lieutenant T... d'assurer son service, tout en se faisant soigner à la consultation de l'hôpital militaire.

Le 3 février, l'aggravation de sa lésion impose son hospitalisation.

On constate un épithélioma du gland et une infiltration des premiers centimètres de l'urètre.

L'examen biopsique fait par le laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu, diagnostique un épithélioma pavimenteux à globe développé aux dépens de la muqueuse du gland.

Le 8 février, opération, anesthésie rachidienne obtenue à l'aide de 2 centimètres et demi d'une solution de syncaïne à 4 p. 100. Amputation partielle au tiers inférieur. Technique mono-bloc, pas de sonde à demeure, on n'en fait pas de curage ganglionnaire, les ganglions étant très petits; le 15 février, on enlève les crins, réunion parfaite sans incident. Le malade se repose quelques jours encore à l'hôpital et sort le 26 février.

Le malade revu depuis est en bon état, il urine debout comme avant, la miction est facile et le jet droit.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

L. R..., élève professionnel en pharmacie, âgé de 32 ans, entré à l'hôpital dans le service d'urologie le 9 avril.

Mère morte à 37 ans, cancer du sein. Plusieurs membres de la famille morts de cancer.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde, forme méningée, à 20 ans. Mal de Pott à 21 ans, depuis à une bonne santé.

La maladie débute au mois de novembre 1918 par une légère excoriation du gland au voisinage du méat, très douloureuse, gênant la miction.

Un mois après, apparition d'un bourgeon près du sillon balano-préputial donnant lieu à une fistule du gland, l'uré-

trite purulente et la péri-urétrite donne lieu à ce moment à l'écoulement de pus jaunâtre nauséabond.

Un médecin fait le diagnostic de chancre syphilitique et prescrit des injections de mercure et de néo-salvarsan. Au début du traitement spécifique, la réaction de Wassermann était franchement négative. L'examen du pus montre la présence de staphylocoques, streptocoques, téfragènes, etc., pas de bacilles de Ducret, pas de gonocoques. Pendant ce temps, la maladie a évolué, tout en devenant extrêmement douloureuse.

Une bonne partie des corps caverneux est envahie; la péri-urétrite purulente est extrêmement marquée; le malade a maigri, des ganglions apparaissent dans les deux régions inguinales. Sur notre conseil, il entre immédiatement dans le service d'urologie pour y être opéré le 11 avril 1919. Le diagnostic de cancer à marche relativement rapide est nettement posé. Le docteur Escat, aidé par nous, opère le malheureux.

Opération. — Curage des ganglions des deux aines sans drainage. Ablation du pénis presque au ras du pubis technique. Mono-bloc. Pas de sonde à demeure. Anesthésie générale à l'éther à l'aide du masque d'Ombrédane.

Suites opératoires. — Le malade urine très facilement, les douleurs ont complètement disparu et il manifeste un vrai contentement d'être débarrassé de sa tumeur.

Au bout de quelques jours, on est obligé d'enlever deux fils du niveau de la plaie ganglionnaire gauche, une petite suppuration s'étant établie. La réunion secondaire à ce niveau fut assez lente. Les fils de la suture mono-bloc sont enlevés du dixième au treizième jour.

La guérison de la plaie ganglionnaire gauche a lieu un mois après l'opération.

Depuis, le malade revu souvent, est en très bonne santé,

malgré la petitesse du moignon pénien, le malade urine debout avec un jet droit et fort, tout comme avant.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

Epithélioma végétant du gland. — Amputation de la verge. — Suture monobloc. — Guérison.

X..., d'Arles, 52 ans, vient me consulter, en 1912, pour une tumeur du gland volumineuse, développée sous un phimosis congénital.

La tumeur forme un gros chou-fleur qui a détruit le gland et empiète sur le tiers des corps caverneux. Le malade est obèse, hypertendu, le pouls est à 120.

Amputation de la verge. Anesthésie locale à la cocaïne.

La peau est circonscrite par une incision circulaire avec une légère fente à la partie inférieure qui correspond à l'urètre. Hémostase des vaisseaux sous-cutanés.

Section des corps caverneux à 1 centimètre et demi en arrière du point de la section urétrale. Isolement de l'urètre sur une longueur de 1 centimètre et demi, fente inférieure, de façon à étaler les deux bords du conduit en éventail.

Les angles de l'éventail muqueux sont légèrement abrasés.

On suture en bloc, la muqueuse, les corps caverneux et la peau. La suture est pratiquée aux crins de Florence. Le premier point prend :

- 1° La muqueuse un peu en dehors de la ligne médiane ;
- 2° L'albuginée du corps caverneux droit, en dehors du

septum. L'aiguille traverse ainsi en bas et en haut le corps caverneux;

3° La peau.

Un point symétrique est placé de même façon à gauche du septum.

Deux ou trois points sont nécessaires pour chaque corps caverneux. Ces organes sont ainsi aplatis, et la tranche circulaire devient une ligne transversale.

Les points sont serrés à mesure et l'affrontement monobloc s'effectue sans difficulté, assurant l'hémostase et la coaptation favorable à la réunion.

De chaque côté, on réunit la muqueuse urétrale à la peau par quelques crins. L'angle inférieur de l'incision urétrale est soigneusement réuni à la peau sur la ligne médiane.

Pas de sonde à demeure. Une simple gaze imprégnée de vaseline protège le moignon.

Guérison *per primam*.

Au dixième jour, on enlève les fils. Le malade a eu quelques troubles digestifs dus à l'état de son foie et à son obésité.

L'état du cœur et des vaisseaux aurait rendu grave la moindre complication.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

Epithélioma balano-préputial. — Adénite inflammatoire. — Evidement inguinal. Amputation de la verge. — Suture mono-bloc. — Guérison.

S..., 47 ans, soldat mobilisé et réformé n° 2, vient me consulter après sa réforme, en 1917, pour une tumeur du gland développée sous un phimosis congénital. La tumeur a le

volume du poing. Elle est partie dure, partie mollassse. Le début remonte à un an.

Anesthésie rachidienne: 0,10 centimètres cubes de syn-
caïne.

Evidement des aines. Un petit drain est placé dans chaque incision, en raison de l'obésité du sujet, et du large espace laissé, par l'ablation des ganglions et de la péri-adénite.

Amputation de la verge. Au tiers moyen, suture monobloc de la muqueuse, des corps caverneux et de la peau.

Pas de sonde à demeure.

Guérison en dix jours, sauf pour les aines qui ont cicatrisé lentement.

Bon résultat fonctionnel. Le malade urine droit.

L'examen de la tumeur montre un épithélioma typique végétant, ayant détruit la plus grande partie du gland.

Péri-urétrite inflammatoire avec abcès.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

Epithélioma du gland. — Ablation partielle par décortication du gland.

Le nommé X..., 89 ans, présente, au niveau du sillon balano-préputial et sur le gland, une plaque de leucoplasie, dégénérée, d'aspect papillomateux (fig 1).

Anesthésie locale, cocaïne. Opération: ablation 1° du prépuce; 2° de la muqueuse balano-préputiale en décortiquant le gland leucoplasique jusqu'à 1 centimètre du méat (fig. 2).

Suture monobloc de cette collerette balano-préputiale au fourreau de la verge. Les points passent à travers les tis-



sus spongieux du gland (fig. 3), de façon à solidariser la muqueuse du méat, le tissu spongieux du gland et la peau du fourreau.

Suture aux crins (fig. 4). La guérison se maintient jusqu'à la mort du malade survenue neuf mois après (pneumonie, sénilité).

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Malade opéré par nous, avec l'aide du professeur Escat, dans le service d'urologie de l'Hôtel-Dieu.

Epithélioma du gland. — Amputation partielle du pénis. — Suture mono-bloc. — Guérison.

Le nommé S..., âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 12 juin 1919. Il présente, à l'extrémité du gland, une tumeur assez dure, saignant au moindre frottement, de la grosseur d'une petite noix, non douloureuse. Le méat est dévié et se trouve situé en position épispade, il est très difficilement accessible, un repli du prépuce le cache.

Le malade urine assez facilement. Dans la région des aînes, on constate la présence de petits ganglions.

Le début, d'après le malade, remonterait à une piqure par un brin de foin?... il y a de cela un an ; l'évolution a été lente, il n'y a pas trace de grains jaunes actino-mycosiques.

Le 14 juin, on fait une prise de sang. Wassermann franchement positif.

Le 18 juin, on commence le traitement de néo-salvarsan, qui sera continué jusqu'au 12 juillet (quatre injections).

Le 1^{er} juillet, on fait une biopsie. L'examen biopsique, fait par le laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu, donne la

réponse suivante: épithélioma lobulé à globes épidermiques typiques.

Le 3 juillet, intervention: anesthésie rachidienne 0 gr. 10 de syncaïne; anesthésie parfaite.

Amputation de la verge au tiers moyen, section première des corps caverneux, puis libération de l'urètre. Suture mono-bloc aux crins.

Pas de curage ganglionnaire. Pas de sonde à demeure.

Suites opératoires normales, sans aucun incident; le malade urine très facilement; les fils sont enlevés le dixième jour.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance du professeur Escat)

Phimosis congénital. — Epithélioma du gland. — Amputation de la verge. — Suture monobloc. — Guérison.

R..., 48 ans, évacué du Centre d'aviation d'Istres pour tumeur du gland, sur le Centre d'urologie de la XV^e région, le 3 septembre 1918.

Déjà hospitalisé au Centre d'urologie de la XVIII^e région à Bordeaux, pour tumeur épithéliomateuse du gland. Une intervention partielle (circoncision) fut pratiquée. Il rejoint son dépôt.

Evacué de nouveau pour récurrence un an après. Nous constatons un épithélioma développé sur la cicatrice balano-préputiale.

Amputation de la verge tiers inférieur, suture mono-bloc, de l'urètre, des corps caverneux et de la peau aux crins de Florence. Pas de sonde à demeure.

Pansement réduit à une gaze vaselinée le premier jour.

Les jours suivants, même enveloppement par une simple gaze protectrice contre les frottements. Enlèvement des fils le dixième jour. Cicatrisation.

L'examen histologique de la pièce a montré un épithélioma caractéristique. Réformé n° 2 pour affection indépendante du service.

CONCLUSIONS

I. L'amputation partielle du pénis, est une opération qui peut s'appliquer à beaucoup de cas du cancer du pénis.

Elle est l'opération de choix tant que le néoplasme est limité au pénis.

II. Les techniques classiques jusqu'ici employées, donnent de bons résultats dans beaucoup de cas, mais ne mettent pas toujours à l'abri de complications telles que : hémorragies secondaires, hématome, légère suppuration, élimination des catguts profonds.

III. La technique de la suture mono-bloc est simple, elle assure une hémostase absolue, elle permet d'éviter l'hémorragie secondaire et l'infection.

Les malades doivent être laissés sans sonde à demeure.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (M.-S.). — Epithélioma du pénis. Amputation partielle de l'organe et extirpation des ganglions. Société de langue anglaise; Société de chirurgie de New-York, 22 avril 1908; analysé *in* Revue de chirurgie, Paris, 1908, p. 652; Annales surg. Philadelphie, 1908, p. 449.
- ALGLAVE (D^r P.). — Ablation en bloc d'un épithélioma du gland et du territoire lymphatique cutané et ganglionnaire correspondant. Reconstitution autoplastique d'un moignon pénien et d'un méat urinaire. Bull. Soc. anat., Paris, mars 1909. Analysé *in* Annales mal. org. génito-urinaires, 1910, p. 655.
- BARUCH. — Ueber Fehldiagnosen des Penis carcinoms mit spezieller Berücksichtigung des « Akanthorma » callorum. Beitrag zur Klin, Chir., Tübingen, 1915, XCV, 231-236.
- BÉTANCÈS (L.-M.). — Les épithéliomas du gland; quelques remarques sur leur diagnostic et leur pronostic. Presse médicale, 12 juin 1919, p. 321.
- BØKKEL. — Extirpation subtotale de la verge avec double adénite inguinale opérée. Société médico-chirurgicale de la XV^e région, 22 avril 1918, *in* Lyon médical, janvier 1919, p. 38.

- BOURSIER et ROCHE. — Epithélioma primitif du méat urinaire. *Journal de médecine*, Bordeaux, 1908, p. 74, XXXVIII.
- BARRAGAN. — Estadistica de epitelioma de pene. *Revista de med. y cirugia pract.*, Madrid, 1907, LXXIV, p. 113.
- BILHAUT (père) et BILHAUT (M.). — Deux cas d'amputation de la verge pour épithélioma. *Ann. de chir. orthopéd.*, Paris, 1913, 161-171.
- CULTY (M.). — Le traitement chirurgical du cancer de la verge et ses résultats. Thèse de Lyon, 1907-1908, 96 p. 8°.
- CHOLZOTT (Saint-Pétersbourg). — Des opérations pour cancer diffus du pénis. *Zeitschrift für Urologie*, t. IV, fasc. 9, sept. 1910, p. 649-659, 1 fig. Analysé in *Journal de chirurgie*, Paris, 1910, p. 626.
- CUNNINGHAM (J.-H.). — The operative treatment of carcinoma of the penis. *Tr. Ann. uro. Ass.*, Brooklins, 1914, VIII, 244-260, 6 planches.
- CHARLES (M.) et GIBON (L.). — Cancer de la verge. *Soc. de chir. de New-York*, 27 mars 1912. Analysé in *Rev. de chirurgie*, 1912, p. 841.
- CINOTTI (F.). — Asportazione dei genitali esterni per carcinoma primitivo del prepuzio. *Ercolani*, Pisa, 1908, VIII, 349-357-370.
- DURAND et MONTAZ. — Epithélioma de la verge, exérèse sans émasculation. *Société des sc. méd. de Lyon*, 1913, p. 671. Analysé in *Revue de chirurgie*, 1913, p. 910.
- DUROUX. — Double épithélioma balano-préputial. Epithélioma labial. *Lyon méd.*, 1909, CXII, 1213.
- DOZ (A.). — Cancer of the penis audits extirpation. *Edimburgh, M. J.*, 1909, u 3, III, 14-19.

- DOYEN (E.). — Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire. T. V., Paris, A. Maloine, 1913.
- DURAND. — Epithélioma de la verge avec ulcération néoplasique de la région pubienne. Amputation partielle du pénis sans émasculat. Lyon médical, 1913, CXX, 671-673.
- DECAUX. — Sur les amputations du pénis. Recueil de médecine vétérinaire, Paris, 1914-1915, XCI, 687-692.
- DUVAL (P.). — Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, 4^e édit., Paris, 1916, Masson et Cie, p. 221.
- DABNEY (M.-Y.). — Cancer of the penis case report south M. J. Birmingham, 1918, XI, 443-449.
- EVANS (W.). — Epithelioma of penis. Med. Press et Circ., London, 1911, n. s., XCII, 685.
- ERDMANN (R.). — Carcinoma involving glans penis. Ann. surg. Phila., 1917, XVI, 232.
- FRIEDRICH (W.). — Ein Fall von Penis Carcinom. Inaug. Dissert., München, 1910, C. Wolf et Sohn, 8°.
- FÉDERICI. — Della facilità e semplicità operativa nella castrazione maschile; superiorità de método italiano. Rivista medica, Milano, 1917, XXV, 104.
- FREYER (P.-J.). — Clinical lectures on the surgical diseases of the urinary organs. New-York, 1908, W. Wood, 8°, 423 p., 8.
- FÖEDERL (O.). — Zur Technik der Amputatio penis. Wien. Klin. Wochenschr., 1908, XXI, 834.
- GANGITANO (F.). — Contributo allo studio dei tumori del pene. Riforma medica, Palermo-Napoli, 1907, 934-938, XXIII.
- GREEN (T.-M.). — Carcinome of the penis. Charlotte (N. C.) med. jour., 1907, XXX, 182-185.

- GUALDRINIR (G.). — Due casi di carcinomma del pene. *Gaz. d'oped.*, Milano, 1907, XXVIII, 239.
- GALT (H.-M.). — Sarcoma of the penis. *Lancet*, London, II, 1911, 217.
- GIBSON (C.-L.). — Cancer of the penis. *Ann. surg.*, Phila., 1912, IVI, 471.
- GREENSFELDER (L.-A.). — Carcinoma of the penis. *Internat. j. surg.*, New-York, 1914, XXVII, 163.
- HORWITZ (O.). — Surgery of the penis and urethra. *Syst. surg* (Keen), Philadelphia, 1908, 1118-1146.
- HEIGEL (A.). — Ein Beitrag zu den Tumoren des Penis. *Frag. Med. Woch.*, 1913, 583-585.
- IWASAKI (K.). — Leukoplasia penis mit Carcinoma tæser und Wandlung. *Deutsche Zeitschr. Chir.*, Leipzig, 1912, CXIX, 127-143.
- JACOB et LEHAUSOIS. — Epithélioma de la verge chez un sujet jeune, opéré depuis quatre ans et resté sans récive. *Bull. Soc. chirurgie*, Paris, 20 mars 1912, p. 456.
- JAHN (F.). — Ueber Peniskarzinom. *Inaug. Dissert.*, Leipzig, 1910.
- JAFFA (P.). — Amputation of the penis. *Denver medical times*, 1907, XXVI, p. 307.
- JABOULAY et HORAND. — Syphilis et cancer phagédénique de la verge. *Lyon méd.*, 1910, CXIV, 760-763.
- KALLIONTZIO. — Sur un nouveau procédé opératoire de l'amputation partielle du pénis à lambeaux latéraux égaux caverno-cutanés. *Anjou médical*, Angers, 1907, XIV, 96-99.
- KUESTER (Von). — Zur Kasuistik des Peniscarcinoms, *allg. Med. Centr. Ztg.*, Berlin, 1910, IXXIX, 127.
- KRETSCHMER. — Carcinoma of the penis. *Surgical clin*, Chicago, 1918, II, 269-280.

- LABORDE (A.-J.-A.-B.-J.). — Contribution à l'étude du cancer du pénis en particulier de la forme érectante de son diagnostic et de son traitement. Thèse de Bordeaux, 1912, 100 p.
- LAZARD (J.). — Tumor of the penis and testis, with special reference to malignancy, and a statistical surgery of cancer in the Charity hospital New-Orleans med et surg. jour., 1908-09, LIX, 596-606.
- LEGG (T.-P.). — Excision of penis. Med. press. et circ., London, 1912, n. s., xciv, 462.
- LEGUEU (Félix). — Traitement du cancer de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme. Résultats éloignés. II^e Congrès de chirurgie de la Soc. internationale (Bruxelles). Annales des organes génito-urinaires, 1908, 11, p. 1589.
- LEGUEU (F.) et MICHON (Ed.). — Maladies de la vessie et du pénis, Paris, 1912, J.-B. Baillière et fils, 328 p. 8°.
- LEGUEU (F.) et MICHON (Ed.). — Maladies de la vessie et du pénis. Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire A. Le Dentu et P. Delbet, t. xxx, Paris, 1912.
- LEIGHTON (W.). — Carcinoma of the penis; with a report of thirteen cases from the St-Louis. Kin and cancer Hospital St-Louis medical review, 1910, 129-137, 1 pl.
- LI VIRGHI (G.). — Tumore doppio del ghiande amputazione parziale dell'asta. Giorn internaz. d. sc. med., Napoli, 1910, n. s., xxxii, 170-172.
- LYDSTON (G.-F.). — Remote resulta in a case of amputation of the penis carcinoma urol. et cutan. Rev. St-Louis, 1918, xxii, 583.
- LYONS (O.). — Cancer of penis with report of cases. Denver med. times (etc.), 1912-13, 324-328.

- MAC-COY (S.-C.). — Carcinoma of the penis. *Urol et Cutand Review*, Saint-Louis, 1916, xx, 481-487.
- MAC GAVIN (L.). — Cancer of the penis. *Clin. j.*, London, 1916, xiv, 21-28.
- MARION (G.). — Manuel de technique chirurgicale, x^e édit., Paris, A. Maloine, 1917.
- MASSEY (G.-B.). — Cancer of the penis; report of two cases. *Ann. j. surg.*, New-York, 1915, xxix, 299.
- MASTIN (W.). — The principle of the teale flap applied to amputation of the penis. *Ann. surg.*, Phila., 1910, II, 563-565.
- MAUCLAIRE. — Ablation en bloc de l'épithélioma pénien et de son territoire lymphatique. *Arch. génér. de chir.*, Paris, 1908, n° 9, 25 sept., 247-262. *Analysé in Journ. de chir.*, Paris, 1908, p. 888.
- MÉNARD. — Cancer primitif de l'urètre (méat et fosse naviculaire. *Soc. anat.*, 1910, p. 395.
- MESSIROW (M.-E.). — Carcinoma of the penis. *Urol et Cutan Rev.*, St-Louis, 1916, xx, 253.
- MONOD (Ch.) et VANVERTS. — Traité de technique opératoire 2^e édition, Paris, 1907, t. II, p. 725.
- MORESTIN. — Cancer de la verge. *Bull. Soc. franç. de dermatologie et syphil.*, Paris, 1907, xviii, 382.
- MURTON (H.). — Carcinoma of the glans penis. *Med. Times*, New-York, 1914, xiii, 307-309.
- MUNIR (W.-P.). — Cancer of the penis; posthumous paper. *Denver med. times (etc.)*, 1911, xxxi, 83-85.
- MURPHY (J.-B.). — Epithelioma of glans penis; amputation. *Surgical clin. Chicago*, 1914, 945-950.
- Carcinoma of the corona penis with metastasis in the inguinal glands, II, II, p. 951-960.

- NICOLL (J.-H.). — The operative technic of carcinoma of the penis. *Ann. surg. Phila.*, 1909, XLIX, 240-244, 4 pl.
- OCHS. — Epithelioma of the penis. *J. Cutan. Dis incl. typhy.* New-York, 1915, XXXIII, 39.
- OÖDTMANY. — Amputatio penis. *Nedeerl. Tigdsch. v. Genesck*, Amsterdam, 1912, II, 343.
- OUTLAND (J.-H.) et CLENDENING. — Carcinoma of the penis. *Interstrate med. journ. St-Louis*, 1915, XXII, 1097.
- PASQUEREAU. — Deux épithéliomes de la verge. *Gazette médicale de Nantes*, 1909, 2^e série, XXVII, p. 134.
- Epithélioma lobulé de la verge. *Gazette médicale de Nantes*, 1907, 2^e série, XXV, 108-110.
- PAUCHET (V.), SOURDAT (P.) et LABOURÉ (J.). — L'anesthésie régionale. Paris, O. Doin et fils, éditeurs, 1917.
- PAVLOFF-SILVANSKI (V.-M.). — Cancer of the penis. *Khirurgia Moskow*, 1910, XXVIII, 486-536, 7 plan.
- PELAGATTI (M.). — Endotelioma dei corpi cavernosi del pene e dell uretra. *Dermat. stud. Hamb. u. Leipzifi* 1910, XX, 318-332.
- POLLAK (Z.). — Three cases of pearce-gould operation for carcinoma of the penis. *Urologia*, Budapest, 1912, p. 29.
- PINARD (M.) et MILOU. — Cancer du prépuce. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1918, 3^e s., XIII, 254-257
- SMITH (O.-C.). — Neoplasmes of the penis, scrotum, testicle and cord. *Boston medical et surgical journal*, 1909, CLXI, 538-543.
- THOMAS (B.-A.). — Amputation of penis for carcinoma; condition four and halt years after operation. *An. surg. Phila.*, 1916, 755-757, 2 pl.
- TESTUT (L.) et JACOB (O.). — *Traité d'anatomie topographique*, 2^e édit., t. II, Paris, Octave Doin, 1909.

- THOMAS (B.-A.). — Cancer of the penis. Ann. surg., Phila., 1917, LXVI, p. 613.
- THOMAS (B.-A.) et HARRISON (F.-G.). — Carcinoma of the penis. Proc. pathol. soc. Philadelphia, 1918, XXXVIII 12.
- VENOT et PONTAL. — Néoplasme du gland. Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1913, XXXIV, 415.
- WHITE (J.-William et MARTIN (Ed.). — Genito urinary surgery and venereal diseases. 11^e éd., Phila. et Lond., 1918, 1092 p., 44 pl., 8°.
- WALHEN (J.-R.). — Carcinoma of the penis. Kentucky med. journ. Bossling Green, 1919, XVII, 33-35.
- WHITACRE (H.-J.). — Extensive carcinoma of the penis. Lancet clinic. Cincinnati, 1908, XCIX, p. 359.
- YAHOUR. — Pronostic et traitement chirurgical des cancers du pénis. Gazette médicale d'Orient, Constantinople, 1907-08, LII, 75-78.
- ZAORSKI (J.). — Surgical treatment of cancer of the penis (amputation). Frzegl. chir. i. ginek. Warszawa, 1913, VIII, 136-148.
- Note bibliographique.* — Pour la bibliographie antérieure à l'année 1908, voir Traité Le Dentu et Delbet et Traité médec. opérat., Monod et Vanverts.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1919
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1919
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
